

УДК 159.929

*Рекомендовано до друку вченою радою Житомирського державного
університету імені Івана Франка*

**Матеріали Міжнародної науково-практичної конференції
«Чорнобильська катастрофа: 20 років потому
(інтердисциплінарні аспекти)». – Київ-Житомир:
Державний фонд фундаментальних досліджень МОН України,
2006. – Ч.2. – 74 с.**

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ:

Моляко В.О.	дійсний член АПН України, доктор психологічних наук, професор (голова)
Дубасенюк О.А.	доктор педагогічних наук, професор
Хазратова Н.В.	доктор психологічних наук, доцент
Долинська Л.В.	кандидат психологічних наук, професор
Заброцький М.М.	кандидат педагогічних наук, професор
Музика О.Л.	кандидат психологічних наук, доцент, завідувач кафедри соціальної та практичної психології Житомирського державного університету імені Івана Франка
Кияк Б.Р.	завідувач сектору фундаментальних досліджень Департаменту науково- технологічного розвитку МОН України

Олександр Богдан

*голова Житомирської обласної організації
товариства Червоного Хреста України*

**ОРГАНІЗАЦІЯ КОНСУЛЬТАТИВНОДІАГНОСТИЧНОЇ ДОПОМОГИ
СІЛЬСЬКИМ ЖИТЕЛЯМ ЖИТОМИРСЬКОЇ ОБЛАСТІ
ПЕРЕСУВНОЮ ДІАГНОСТИЧНОЮ ЛАБОРАТОРІЄЮ В РАМКАХ
МІЖНАРОДНОЇ ЧОРНОБИЛЬСЬКОЇ ПРОГРАМИ ГУМАНІТАРНОЇ
ДОПОМОГИ І РЕАБІЛІТАЦІЇ ТОВАРИСТВА ЧЕРВОНОГО ХРЕСТА**

Вступ: 26 квітня- минає 20 років з дня аварії на Чорнобильській АЕС. Цей день увійшов в історію нашої цивілізації сумною і трагічною датою, пов'язаною з розвитком науково-технічного прогресу в ХХ столітті.

Породжені Чорнобильською катастрофою проблеми важким тягарем лягають на економіку України. Ще до кінця не вивчені спричинені нею наслідки на стан здоров'я населення. Але те, що вже науково підтверджено, а це, різке збільшення випадків раку щитоподібної залози у тих осіб, яким на час аварії було від 0 до 18 років, 80 тис. інвалідів Чорнобиля, постійний стан тривоги у сотнях тисяч осіб , і тих, що були змушені змінити місце проживання, і тих – хто залишився на забруднених територіях.

На відміну від інших техногенних катастроф, наслідки цієї - з часом тільки погіршуються. Ліквідація наслідків катастрофи стала однією із пріоритетних завдань держави, змусила органи влади залучати значні зусилля та кошти, проте коло пов'язаних з нею невідкладних проблем залишається.

З кожним роком більш переконливими ставали свідчення про негативний вплив наслідків аварії на ЧАЕС на стан здоров'я населення.

У 1989 році після звернення до Міжнародної Федерації Товариств Червоного Хреста і Червоного Півмісяця (МФТЧХ/ЧП), з ініціативи Українського Червоного Хреста була започаткована Міжнародна Чорнобильська програма гуманітарної допомоги і реабілітації.

Діагностика патологічних станів на догоспітальному етапі з використанням сучасних можливостей діагностичних технологій є досить актуальною проблемою для сільського населення, так як діагностичні можливості лікарських амбулаторій, дільничних лікарень, фельдшерсько-акушерських пунктів обмежені в зв'язку з відсутністю належного фінансування на технічне забезпечення закладів охорони здоров'я первинної медикосанітарної допомоги (ПМСД) і на перспективу такі можливості обмежені із-за відомих обставин. У зв'язку з цим виникає необхідність переведення наявної діагностичної апаратури на пересувні засоби.

Ефективність використання мобільних діагностичних установок безсумнівна. Компактність, маневреність, можливість пересування на великі відстані дозволяє використовувати цей захід у медичних установках, де немає стаціонарних кабінетів діагностики. При їх роботі забезпечується доступна і висококваліфікована медична допомога населенню віддалених регіонів області. Крім того, накопичуються дані про стан здоров'я пацієнтів, які в подальшому передаються у лікувально-профілактичні установи вторинного рівня для подальшого моніторингу.

Використані матеріали та методи: Проведений аналіз роботи пересувної діагностичної лабораторії Червоного Хреста на територіях сільської місцевості, які постраждали внаслідок аварії на ЧАЕС. Використані матеріали статистичних звітів пересувної діагностичної лабораторії за 1995-2005 роки.

Результати їх обговорення: Протягом шістнадцяти років в області функціонує пересувна діагностична лабораторія (ПДЛ) Червоного Хреста, яка створена в рамках Міжнародної Чорнобильської Програми гуманітарної допомоги і реабілітації за підтримки Національного комітету товариства Червоного Хреста України, Житомирського обласного управління охорони здоров'я, житомирського обласного медичного консультативно-діагностичного центру.

Основною метою її діяльності є надання висококваліфікованої медичної консультативно-діагностичної допомоги населенню сільських районів області, в першу чергу з віддалених північних районів, які постраждали від аварії на Чорнобильській АЕС.

Головними завданнями ПДЛ є :

- ☐ Ультразвукове сканування щитовидної залози та внутрішніх органів.
- ☐ Лабораторні дослідження: загальний аналіз крові, глюкоза крові, загальний аналіз сечі.
- ☐ Проведення моніторингу за станом здоров'я населення з патологією щитовидної залози.
- ☐ Проведення санітарно-просвітницької роботи.

ПДЛ обладнана таким обладнанням:

1. Ультразвукові апарати (Fukuda Densi – Sonik 4000 з 2 датчиками (3,5 і 7,5 МГц) і Aloka SSD – 500 з датчиками (5 і 7,5 МГц), які дозволяють скринінг щитовидної залози, при необхідності УЗД органів черевної порожнини, заочеревного простору, малого таза, молочних залоз, вагітності.

2. Гематологічний аналізатор QBC Autoreader Plus – визначає 8 показників крові.

3. Glukotrend – визначає рівень глюкози крові.

4. Аналізатор сечі Miditron Junior 11 – визначає 10 показників.

5. Персональний комп'ютер типу Notebook для накопичення та аналізу бази даних.

До складу ПДЛ входять фахівці з ультразвукової діагностики, лікар-ендокринолог, клінічний лаборант, водій і реєстратор. За час функціонування пересувною діагностичною лабораторією обстежено та проконсультовано близько 150 тисяч жителів віддалених районів області, 60,2% із яких діти. Більш детальний аналіз в динаміці показаний на таблиці.

Кількість населення, обстеженого ПДЛ за 1995-2005 роки

	1995	1997	1999	2001	2003	2005
дорослих	2512	3068	3913	7020	9590	9863
дітей	9887	9514	11146	8115	4026	3827
Разом	12399	12582	15059	15135	13616	13690

Графіки виїздів пересувної діагностичної лабораторії попередньо узгоджуються з головними лікарями районних медичних закладів. Відбирались самі віддалені населені пункти і, в першу чергу ті, в яких відсутні медичні заклади або медичні працівники. На першому етапі оглядались діти і всі бажаючі, яким проводились лабораторні дослідження, УЗД щитовидної залози.

Результати масового скринінгу показали, що тільки в 10-15% лабораторних досліджень мали місце відхилення від нормативних показників. Ультразвукові дослідження щитовидної залози без попереднього огляду лікаря-ендокринолога також підтвердили низьку виявляємість даної патології. Скерування пацієнтів в інші лікувальні заклади області для подальшого до обстеження позитивних результатів не дали: ретроспективний аналіз показав, що доїзд на консультацію в спеціалізовані медичні заклади мав місце у 1-5%.

З 1998 року був запроваджений алгоритм обстежень населення пересувною діагностичною лабораторією. Його основною метою передбачено відхід від масового скринінгу до селективного. На першому етапі – підготовчому – шляхом подворних обходів медичним працівником ФАПУ, ФП проводився відбір диспансерних дорослих хворих, їх загальний огляд, збір анамнеза, вимірювання артеріального тиску.

Враховуючи екологічну ситуацію в регіоні, пов'язану з наслідками Чорнобильської катастрофи, дітям шкільного віку проводився масовий скринінг щитовидної залози. Аналіз отриманих результатів обстеження по запропонованому алгоритму засвідчив, що із 149462 оглянутих жителів області виявлено патологію щитовидної залози у 55% (82205 чол.) дорослого населення та 44838 (30%) дітей.

Якщо в 1995 році із загальної кількості оглянутих патологія щитовидної залози складала 39,3%, то, завдяки запропонованому алгоритму обстеження, вже в 2005 році цей показник становить 86,9%.

Таким чином, завдяки роботі пересувної діагностичної лабораторії вдається охопити спостереженням контингенти пацієнтів, які в силу віддаленості проживання не мають можливості проходити обстеження з метою раннього виявлення патологічних процесів щитовидної залози. Така постановка є особливо актуальною саме для жителів північних районів, де проживає велика кількість населення, постраждалого від наслідків аварії на ЧАЕС.

В структурі виявленої патології перше місце займає дифузний зоб (86,8%). На долю дифузно-вузлового зобу приходить 6,5%. Відсоток іншої патології коливається від 0,2 до 0,7% (рак щитовидної залози, тиреотоксикоз, аномалії розвитку щитовидної

залози, гіпотиреоз, кісти щитовидної залози) та від 1,4% до 2,0 % (тиреоїдит, вузловий зоб).

При порівнянні показників за 1995-2005 роки відмічається зростання питомої ваги тиреоїдиту від 0,3% до 2,8% та кіст щитовидної залози від 0,1% до 1,8%. Відмічається також зменшення питомої ваги вузлового зобу від 1,7% до 0,9% та дифузно-вузлового зобу від 13,1% до 9,4%.

Аналіз виявлення раку щитовидної залози за зазначений період показує, що до 1998 року пересувною діагностичною лабораторією Червоного Хреста не зареєстровано жодного випадку виявлення даної патології.

Починаючи з 1998 року відмічається зростання з 1 випадку до 68 за 2005 рік. Аналізуючи матеріали результатів лабораторних досліджень, слід відзначити, що з 1998 року їх призначали більш вибірково, що дало змогу економніше використовувати реактиви. Лише за 2005 рік 6546 пацієнтам виконано 36445 лабораторних досліджень. Всі ці пацієнти направлені до лікувально-профілактичних закладів вторинного та третинного рівнів для подальшого ретельного клінічного обстеження, постановки діагнозу та лікування.

Виходячи з вищеназваних фактів, актуальність проведеної роботи персоналом пересувної діагностичної лабораторії не викликає сумніву.

Досвід її роботи є унікальним, і її продовження повинно покращити своєчасну діагностику захворювань щитовидної залози серед населення, що передбачено Концепцією розвитку охорони здоров'я населення України.

Висновки і перспективи подальших розробок:

1. Досвід роботи діагностичної лабораторії Червоного Хреста підтвердив необхідність функціонування сучасних пересувних діагностичних комплексів в нинішніх умовах у сільській місцевості і, в першу чергу на територіях, що постраждали від аварії на ЧАЕС.

2. Запровадження алгоритму обстеження населення пересувною діагностичною лабораторією товариства Червоного Хреста підвищує ефективність діагностики захворювань у 2 рази.

3. Профілактична спрямованість діяльності первинної медико-санітарної діяльності залишається основою роботи при проведенні медичних оглядів з метою виявлення початкових форм захворювань і своєчасного проведення комплексу лікувально-оздоровчих заходів.

Література

1. *Концепція розвитку охорони здоров'я населення України.*
2. *В.А.Медик, „Организация медицинских осмотров сельского населения”//Социальная гигиена и организация здравоохранения, 1995.*
3. *А.М.Сердюк, А.И.Неронов, Л.Г.Розенфельд, С.К.Терновой, Б.С.Олейник „О создании подвижного многоцелевого диагностического и лечебно-консультативного центра” //Врачебное дело, №4, 1990.*
4. *В.Ф.Шарапов, Г.Е.Поздняков, В.П.Тявкин „О взаимодействии диагностического центра и сельского здравоохранения области. Самарский диагностический центр” //Социальная гигиена и организация здравоохранения, 1996.*

Ирина Бурцева

*ст. преподаватель Новомосковского филиала
Университета Российской академии образования РАО*

РАБОТА СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В СИСТЕМЕ ОБРАЗОВАНИЯ НА ТЕРРИТОРИИ, ПОСТРАДАВШЕЙ ОТ ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АВАРИИ

С 1986 года территория Новомосковского района Тульской области находится в зоне радиоактивного загрязнения вследствие аварии на Чернобыльской АЭС – IV зона загрязнения (плотность загрязнения почвы цезием - 137 от 1 до 5 Ки/км²). Средняя плотность загрязнения почвы по данным Госкомгидромета в г. Новомосковске составляет 3,5 Ки/км².

Последствия аварии на Чернобыльской АЭС, создали серьезные проблемы не только в области здравоохранения, но и в социальной сфере. Рассмотрим такое социальное явление, как паника в стихийной группе, образовавшееся среди родителей обучающихся средней школы № 11 г. Новомосковска. Изучение данного явления проводилось педагогическими работниками учреждения с 1991 по 1993; наблюдение психологического состояния родителей психологами – 1994/1995 учебный год; обобщение выводов и составление рекомендаций для социально-психологических служб в целях организации деятельности в период возникновения паники в стихийных группах – 1995–1999гг. Результат работы над проблемой стал одной из предпосылок создания на муниципальном уровне социально-психологической службы в системе образования – 2001–2003гг.

Период с момента свершения аварии на Чернобыльской АЭС в 1986 и до 1991 для жителей данного района можно назвать **периодом скрытого волнения**. Он характеризуется разговорами, переживаниями за дальнейшую судьбу детей.

В 1991 году возникла неожиданная паника, когда службами ГО и ЧС были получены данные о различных объемах радиоактивного загрязнения на отдельных участках города и района. К такому участку была отнесена средняя школа № 11. О замерах стало известно в начале августа 1991 года. 28 августа перед приемкой детей в школу около учреждения собралась толпа родителей с требованиями закрыть школу, выдать личные дела обучающихся на руки родителям, оградить территорию, в дальнейшем здание школы разобрать, территорию перекопать.

Администрация города, санитарно-эпидемиологические службы, руководитель учреждения не были готовы к такому социальному явлению, так как никаких предписаний, ограничений для дальнейшего функционирования учреждения не было дано ни одной из государственных служб. Необоснованные слухи породили возникновение стихийной толпы. Перед администрацией учреждения возникла серьезная проблема – снять с жителей паническое состояние, успокоить родителей, сохранить контингент обучающихся, а для этого – уточнить данные измерений, предложить конкретные действия по дальнейшему функционированию учреждения.

Для того чтобы изменить возникшее общественное мнение, являющееся следствием экологической катастрофы, необходимо было проанализировать ряд факторов, ставших причиной создания стихийной группы, т.е. изучить период скрытого волнения. Основываясь на наблюдениях, беседах, анализе материалов средств массовой информации, можно выделить четыре группы факторов данного социального явления.

1. Социальные факторы. С 1986г. в городе появилась социальная напряженность. Публикации в газетах, информация по

телевидению создавали определенные страхи у населения. Примерно 50% разговоров взрослого населения относилось к обсуждению Чернобыльской аварии. Проживающим гражданам в Чернобыльской зоне со стороны государства определен ряд социальных льгот.

2. Физиологические факторы. Увеличивается количество заболеваний, объясняемых медицинскими работниками следствиями аварии. За четыре года действительно возросло количество онкологических, респираторных, ортопедических болезней. Отмечается снижение рождаемости. Основная масса лекарства становится бесплатной.

3. Психологические факторы. Резкая смена событий, здоровья, психического состояния, а так же незнание истинных причин указанных выше явлений привело к возникновению у людей сильного испуга, массового ожидания еще большего негативного последствия. Любое заболевание истолковывается как следствие аварии.

4. Социально-психологические факторы. Дефицит истинной информации; недоверие к руководству города, области и даже, государства в целом, стало основой для незнания людьми своих обязательств. Не было ответа на главный вопрос – как жить дальше, чтобы выжить. Родители стали запрещать детям посещать уроки трудового обучения, общественно-полезного труда, химии, рисования.

Распространившиеся данные измерений стали шокирующим стимулом к возникновению паники, которая в 1991 году стала логическим завершением массового сознания общества, развивающегося в динамике, с включением в него эмоциональных оценок действительности. От поведения руководства, проявления

инициативы, принятия определенных управленческих действий в этот период зависел исход данного социального явления. Особая роль на этом временном промежутке отводится социально-психологическим работникам, которые должны применять специальные принципы работы с толпой. К сожалению, в тот период социально-психологических служб не было, поэтому он оказался длительным и состоял из нескольких этапов.

Август 1991 года. Характеризуется следующими управленческими и психологическими действиями: принятие руководством учреждения мнения толпы, обеспечение населения достоверной информацией и одновременный подбор команды помощников, в последствии работающих с толпой.

Сентябрь 1991 – апрель 1992 года. Это продолжение обеспечения жителей достоверной информацией о радиационном фоне вокруг школы, проведение родительских собраний по определенной тематике, привлечение к работе с населением государственных служб по чрезвычайным ситуациям и группы помощников. Отказ от работы на пришкольном участке, изменение тематического планирования по предметам: обслуживающий труд, рисование, химия.

Май 1992 – декабрь 1993. Активизация работы группы помощников, расширение тем родительских собраний с привлечением специалистов. Постепенное изменение тематического планирования по указанным предметам, так как мнение родителей по данному вопросу фактически изменилось. Проведение классных собраний, главной темой которых являлась проблема успеваемости школьников или причины неуспеваемости, польза трудового обучения и т.д.

Анализируя события, происходящие в 1991–1993 годах, можно сделать вывод о том, что последствия экологических катастроф могут быть разными, одно из которых – возникновение стихийно образованной группы, находящейся в состоянии паники.

Период 1994–1995 гг. становится периодом работы по наблюдению за психологическим состоянием родителей и его уравниванию. Постановлением главы администрации города в 1994 г. в штатные расписания образовательных учреждений вводятся ставки психологов.

Анализ наблюдений, консультаций в работе психологов определил, что основными характеристиками панического состояния людей являются: отсутствие адекватного мышления; неспособность к воспроизведению услышанного; резкие действия, испуганные расширенные глаза; требования от любого уровня власти срочных действий по ликвидации катастрофы; резкое увеличение физической силы у отдельных личностей, способной привести к непредсказуемым действиям, вплоть до смертельных исходов; наличие тревожно-невротического чувства безысходности, стрессового состояния.

В связи с этим была начата работа по изучению стрессов. Определено, что информационные перегрузки, связанные с данными Чернобыльской аварии, и, возникшие с ними социальные условия жизнедеятельности, вызывают у людей не только психическое напряжение, но эмоционально-стрессовое истощение. Поэтому при работе с родительским населением психологам общеобразовательных школ пришлось учитывать особенности индивидуального развития человека, способствующие его адаптации в состоянии стресса к происходящим социально-экономическим изменениям.

Работа по изучению стресса, показала, что данное психическое состояние объединяет в себе внешнее, средовое воздействие (стресс-воздействие) и внутреннюю психическую реакцию (стресс-реакцию) индивида на условия и требования среды. Происходит слияние экологического и психологического факторов во взаимодействии «человек – среда». Экологическое неблагополучие оказало непосредственное воздействие на психическое состояние людей. В данной ситуации психологи начинают применять такую форму организации своей деятельности, как отступление от темы, переключение внимания на другие проблемы.

Начинается период диагностического исследования подготовки детей к школе, выявления причин невротических состояний отдельных учащихся. В школе проводятся консультации для родителей по различным вопросам воспитания. Психологами проводятся классные собрания по темам: «Как сохранить здоровье», «Влияние алкоголя и курения на успеваемость обучающихся», «Психологические особенности подростков» и т.д.

В традицию входит проведение осенних ярмарок «На своем огороде – своими руками». Отвлечение от темы Чернобыльской аварии, акцентирование внимания на педагогических проблемах приводит жителей к стабильному психологическому состоянию.

1995–1999 годы стали годами аналитической работы по теме: «Предотвращение паники в стихийно-образованной группе». Изучаются вопросы деятельности психологов в экстремальных ситуациях, особенно в тех случаях, когда возникает такое социальное явление, как паника. В связи с этим вырабатываются основные психологические принципы ликвидации паники: 1) принятие мнения толпы, то есть стать на сторону возмущенных; 2)

переключение внимания (возможное использование громкоговорителей, создание другого отвлекающего шокирующего стимула) с использованием достоверной информации; 3) определение лидеров и изоляция их из толпы, группы; 4) определение дезорганизаторов и перевод их в группы пассива или сочувствующих; 5) создание группы помощников, подготовленной психологами для работы в экстремальных ситуациях.

Экономическая нестабильность, выраженная в резком сокращении рабочих мест, появлении большого количества безработных, инвалидов; исчезновение идеологии среди населения; свободное выражение мыслей, идей в средствах массовой информации привело к резкому увеличению количества детей, оказавшихся в трудных жизненных ситуациях. Работу с такими детьми помогают осуществлять социальные педагоги.

В 1998 году администрация города принимает решение о введении в штатные расписания образовательных учреждений ставок социальных педагогов. Таким образом, в городе появляются новые педагогические работники, которые в своем взаимодействии начинают создавать службу, в последующем названную социально-психологической.

На данный момент в г. Новомосковске создана социально-психологическая служба системы образования, структура которой представлена в схеме.

Комитет по образованию, специалист, курирующий социально- психологическую службу

Социально- психологически й отдел при методическом центре

Образовательные учреждения города
Социальные педагоги, психологи, логопеды, педагоги-организаторы, заместителя руководителей, медицинские работники

Служба может эффективно функционировать только при полном взаимодействии с другими специализированными структурами города и области. Это подобные службы системы здравоохранения (наркологический диспансер, психологические центры и центры реабилитации), центры социальной защиты населения, федеральные службы ГО и ЧС, комиссии по делам несовершеннолетних, отделы культуры, молодежной политики, комитет физкультуры и спорта.

Созданный социально-психологический отдел при муниципальном Информационно-методическом центре имеет множество преимуществ, среди которых: разработка методических рекомендаций, в частности «Как вести себя в чрезвычайных ситуациях»; организация и проведение тренинговых занятий по запросам образовательных учреждений; проведение по заявкам руководителей учреждений тематических лекций; выполнение других социально-педагогических заказов.

Работники социально-психологической службы выходят с лекциями на родительские собрания, педагогические советы, публикуют статьи в печатных областных и муниципальных изданиях. Работа психологов и социальных педагогов в системе образования показала, что именно эта категория работников может

в более короткие сроки снимать стрессовое и паническое состояние людей, связанное с воздействием на человека экологических катастроф. Доказательством этого стала ситуация возможного возникновения паники среди населения вследствие случившейся аварии на химическом предприятии г. Новомосковска «Новомосковскбытхим» в 2005 году. Слаженная работа социально-психологической службы города, федерального штаба ГО и ЧС, руководителей администрации города и района позволили без вмешательства общественности в лице жителей населенного пункта ликвидировать аварию и создать в районе благоприятную обстановку для дальнейшего жизнеобеспечения.

Таким образом, в период возникновения экологических катастроф и в целях ликвидации их негативных последствий на психологическое состояние человека, большая ответственность возлагается на социально-психологических работников.

Галина Гніда

*ст. викл. кафедри соціальної та практичної
психології ЖДУ імені Івана Франка*

Ірина Опанюк

декан заочного факультету ЖІ МА УП

ЧОРНОБИЛЬСЬКА КАТАСТРОФА І ПРОБЛЕМИ ПЕРЕСЕЛЕНЦІВ

Минуло 20 років, як світ потрясла чорнобильська аварія. Мирний атом, який вийшов з-під контролю людини, спричинив найбільшу в світі техногенну, економічну і психологічну катастрофу.

Осмислюючи цю подію, ми можемо сказати, що на першому етапі й пізніше неповна та недостовірна інформація не давала можливості об'єктивно оцінити масштаби катастрофи. Тоді не можна було передбачити нинішніх наслідків.

Пройшли роки, але й тепер спеціалісти не мають вичерпної інформації та повного уявлення про наслідки аварії. Але факти засвідчують те, що це глобальна світова катастрофа, яка має колосальні негативні наслідки.

Невідкладні евакуація і переселення людей з радіаційно забрудненої 30-тикілометрової території проводилися з 27 квітня до серпня 1986 року місцевими органами влади. Всього до середини того ж року з 81 населеного пункту України, в тому числі з 7 сіл Житомирщини, було евакуйовано 90784 людей.

Для переселенців побудували гарні будинки, але проблему цим не вирішили. Зміна обстановки, негативні емоції, невлаштованість тощо породили серйозну психологічну напругу як серед переселенців, так і в стосунках між ними і місцевим населенням.

Негативний відбиток наклав Чорнобиль на морально-психологічний стан людей. Стресові явища, обумовлені не лише страхом перед невидимою загрозою – радіацією, але й проблемами, з якими люди зустрічаються щоденно, розривом соціальних зв'язків, переживаннями за своє здоров'я, здоров'я дітей, труднощами у вирішенні соціально-побутових питань на новому місці проживання. Від людей, які залишили рідні домівки і живуть на чужині, можна почути, що місцеві школярі їхніх дітей прозивають „чорнобильцями”, а тому, як вони говорять, краще повернутися в Народичі, ніж носити таке „клеймо”. Страшними гробовищами виглядають нині відселені багатолюдні села: обезлюдненні вулиці, старі хати, що розвалилися, новіші будівлі обшарпані, асфальтовані доріжки заросли дикозіллям. Але сюди повертаються люди, бо туга за рідними місцями сильніша за тверді докази, пов'язані з необхідністю відселення. Ці люди живуть сьогодні у зоні зі своїм болем, зі своїми проблемами, прагнучи повернути собі психологічну рівновагу.

Ядерний слід Чорнобиля не зітреться, а залишиться в пам'яті людей як перша найбільша техногенна аварія на нашій планеті зі страшними наслідками як для фізичного, так і для духовного здоров'я людини.

Валентина Кротенко,
кандидат психологических наук
Национальный педагогический университет
имени М.П. Драгоманова

ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ЭКСПРЕССИВНЫХ РЕАКЦИЙ ПОДРОСТКОВ В ЭМПАТОГЕННЫХ СИТУАЦИЯХ

Последствия аварии на Чернобыльской АЭС имеют настолько глобальный и длительный характер, что это событие оценивается как экологическая катастрофа, которая привела к значительному количеству изменений не только в физиологическом, но и в психологическом состоянии людей. Сегодня проблемы различного характера, которые породила Чернобыльская катастрофа, не утрачивают своей остроты. Одна из них моральная. Радость от заботы за другими, от возможности оказать помощь, особенно тогда, когда взамен ничего не требуется, можно охарактеризовать как высшую форму морального поведения.

Для развития морального поведения у детей подросткового возраста особенно важно воспитывать у них эмпатийность – способность эмоционально откликаться на переживания других людей.

Одним из критериев определения психологических особенностей эмпатии подростков является эмоционально-экспрессивный реакция на эмпатогенные ситуации. Рассматривая проблему познания человека человеком, выдающийся психолог С.Л.Рубинштейн писал: «В повседневной жизни, общаясь с людьми, мы ориентируемся в их поведении, поскольку как бы «читаем» его, то есть расшифровываем значение его внешних данных и

раскрываем смысл получающегося таким образом текста в контексте, имеющем свой внутренний психологический план. Это «чтение» происходит бегло, поскольку в процессе общения с окружающими у нас вырабатывается определенный, более-менее автоматически функционирующий подтекст к их поведению».

В ходе экспериментального исследования мы наблюдали за экспрессивной стороной проявления эмпатии у детей подросткового возраста в различных эмпатогенных ситуациях, содержание которых касалось в том числе и проблем Чернобыльской катастрофы. Наблюдаемые нами различные эмоционально-выразительные движения подростков интерпретировались на основании соотнесения этих движений с содержанием возникшей эмпатогенной ситуации. Занимаемая поза, выражение лица, различные голосовые реакции (интонация, выбор слов и тона высказывания, паузы) рассматривались как средства демонстрации положительного или отрицательного эмпатического переживания.

Наблюдая за внешней стороной проявления эмпатических чувств в естественных условиях, не акцентируя на этом внимания подростков, мы пришли к выводу о том, что дети подросткового возраста способны испытывать эмпатические чувства различной модальности.

В ходе наблюдения за экспрессивной стороной проявления эмоций мы обратили внимание на то, что эмоционально-экспрессивные движения подростка могут контролироваться сознательно и проявляться бессознательно, то есть помимо воли и желания самого ребенка демонстрировать его отношение к содержанию наблюдаемой эмпатогенной ситуации.

Заметим, что проявление экспрессии у подростков во многом зависит от темперамента, мотивов, целей, потребностей, сферы

общения и т.д; контролируется и регулируется индивидуально. Поэтому внешняя экспрессивная сторона проявления эмпатии может служить лишь отправной точкой в изучении ее психологических особенностей.

На развитие эмпатийности у детей значительное влияние оказывают их отношения с окружающими людьми и, в частности, с учителями, а также содержание тех эмпатогенных ситуаций, на которых делается акцент в процессе воспитания. Проблема Чернобыльской катастрофы является в этом контексте одной из значимых, способствующих развитию морально-гуманистического отношения к людям.

Людмила Левицька

*кандидат медичних наук
Національний педагогічний університет
імені М.П. Драгоманова*

МЕДИЧНІ НАСЛІДКИ ЧОРНОБИЛЬСЬКОЇ КАТАСТРОФИ

Напередодні 20-х роковин Чорнобильської катастрофи медико-демографічна ситуація на радіоактивно забруднених територіях продовжує формуватися в умовах триваючої в Україні демографічної кризи.

З 1991 р. смертність населення стала перевищувати народжуваність. У структурі причин смерті населення відбулося статистично вірогідне зростання смертності, зумовленої соматичними захворюваннями, у першу чергу, хворобами системи кровообігу (стенокардія, гіпертонічна хвороба). Від хвороб системи кровообігу в Україні займають перше місце і найвищі серед європейських країн. Стійкі негативні зміни в стані здоров'я дитячого населення належать до медичних наслідків Чорнобильської

катастрофи. На теперішній час в структурі захворюваності дітей 0-14 років провідними є хвороби органів дихання; нервової системи; органів травлення; шкіри та підшкірної клітковини; інфекційні та паразитарні хвороби; хвороби крові та кровотворних органів. Суттєві зміни стосуються показників захворюваності органів травлення. Має місце підвищення частоти сполучених уражень шлунково-кишкового тракту та їх омолодження – ці захворювання діагностуються вже у дошкільному віці. Відчувається значний вплив наслідків Чорнобильської катастрофи на імунну систему дітей. У 82,5% з них реєструється імунний дисбаланс, що лежить в основі підвищення частоти алергічних уражень шкіри, захворювань ЛОР-органів, бронхолегеневої системи, а також імунодефіцитних станів. Динамічні спостереження за дітьми, які зазнали впливу іонізуючої радіації у період внутрішньоутробного розвитку, показали, що опромінення щитоподібної залози і центральних органів імуногенезу плода в діапазоні доз, які характерні для Чорнобильської аварії, може викликати ураження, які проявляються після народження порушенням росту та розвитку, зростанням частоти стабільних ушкоджень хромосомного апарату, порушенням функціонування імунної системи та підвищенням ризику розвитку мультифакторіальної патології.

Хворобливий емоційний стан є сильнодіючим фактором ініціації психосоматичних порушень, а в подальшому і психосоматичної захворюваності. При обстеженні підлітків виявлено статистично значимі зв'язки психоемоційного напруження з окремими нозологічними групами: невротичні розлади, психопатії та інші психічні розлади неспиритичного характеру; непухлинні захворювання щитоподібної залози (гіпофункція, гіперфункція залози, тироїдит); гастродуоденальна патологія (гастрити,

гастродуоденіти, виразки шлунку та дванадцятипалої кишки) та вегетативні порушення, що підкреслює необхідність розробки програм психо-соціальної підтримки з включенням специфічних заходів щодо цих нозологій.

На кафедрі основ медичних знань інституту ім. М. Драгоманова в 1986-1987 рр. проводилася наукова робота по вивченню вегетативного тону у студентів 1-го, 2-го курсів в віці 18-20 років по деяким показникам гемодинаміки. У 65% обстежених були виявлені гіпотонічні реакції, у 63% – клінічні симптоми нейроциркуляторної дистонії по гіпертонічному типу (О.Р. Костенко та ін., 1987р.). Ці данні свідчили про порушення нейроендокринної регуляції діяльності серцево-судинної системи внаслідок посттравматичних стресових розладів, тривоги, соціальної дисфункції. У перші післяаварійні роки патологія серцево-судинної системи була обумовлена функціональними змінами вегетативної нервової системи, яка послідовно змінювалася на соматичну патологію.

Чорнобильська катастрофа показала, що радіаційні аварії по своєму негативному впливу на здоров'я людини є багатofакторними подіями.

Елена Тимошина

канд. мед. наук, доцент Новомосковского филиала Университета
Российской академии образования

Ирина Герасимова

зав. отделением врачей общей практики Центра семейной медицины
Новомосковской городской клинической больницы

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ УЧАСТНИКОВ ЛИКВИДАЦИИ ПОСЛЕДСТВИЙ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АЭС

По результатам анализа данных ведомственного регистра на 36 900 участников ликвидации последствий Чернобыльской аварии (УЛПЧА) [5, 6] установлено соотношение официально зафиксированной дозы радиации и следующих показателей: время начала работ со дня аварии, условий облучения и реакций организма в период проведения работ. Выявлено, что определяющее значение в степени облученности «ликвидаторов» имело время с момента катастрофы (первый период – 0–15 дней, второй – 16–350 дней, третий – более 350 дней). Попытки вычленения значимости роли радиационного фактора в сложнейшем синдромокомплексе имеют важное значение. Рядом авторов [4] оценены показатели заболеваемости и инвалидности по дозовым группам: 0–5 бэр, 5–20 бэр и более 20 бэр, основываясь на дозиметрических данных «ликвидаторов», включенных в Российский государственный медико-дозиметрический регистр (контрольная группа – «ликвидаторы», облученные в интервале 0–5 бэр). На примере анализа показателей заболеваемости по трем классам болезней (эндокринной системы, органов кровообращения и психическим расстройствам) установлено, что фактор въезда в зону радиационного воздействия (1986 г., 1987 г., 1988–1990 гг.) является, безусловно, определяющим по сравнению с дозовым с точки зрения его влияния на заболеваемость [1, 2, 4].

В лечебно-реабилитационном центре г. Новомосковска

наблюдаются 261 участник ликвидации последствий Чернобыльской аварии, из них 259 мужчин и 2 женщины, в возрасте от 34 до 69 лет. Средний возраст «ликвидаторов» на настоящий момент составляет 48,7 лет.

По дате приезда в зону аварии наблюдаемые УЛПЧА распределяются следующим образом: 26.04 – 10.05.1986 г. (первые 2 недели) – 37 человек; 11.05 – 31.12.1986 г. – 130 человек; 01.01 – 31.12.1987 г. – 60 человек; 01.01.1988 г. – 31.12.1989 г. – 34 человека. Таким образом, 64,0% человек участвовали в ликвидации последствий Чернобыльской аварии в 1986 г., при этом 28,5 % прибыли в зону аварии в первые 2 недели, что считается фактором повышенного радиационного риска.

По времени пребывания в зоне аварии: до 2 недель: в 1986 г. – 38 человек, в 1987 г. – 2 человека; от 2 недель до 1 месяца: в 1986 г. – 24 человек, в 1987 г. – 3 человека, в 1988–89 гг. – 3 человека; от 1 мес. до 3 месяцев: в 1986 г. – 86 человек, в 1987 г. – 40 человек, в 1988–89 гг. – 15 человек; более 3 месяцев: в 1986 г. – 19 человек, в 1987 г. – 15 человек, в 1988– 89 гг. – 16 человек. Таким образом, более половины (54,0 %) УЛПЧА находились в зоне аварии от 1 до 3 месяцев.

Официальная доза внешнего облучения значится у 168 человек от 1,1 бэр до 63,0 бэр (до 25 бэр – у 135 человек, более 25 бэр – у 33 человек), у 93 человек доза неизвестна.

К этиологическим факторам наблюдающихся у «ликвидаторов» расстройств можно отнести: радиационное воздействие т.н. «малыми» дозами облучения (не превышающих 100 мГр); стрессовое воздействие как самого факта нахождения в зоне Чернобыльской катастрофы, особенностей привлечения к аварийно-спасательным работам, так и убежденность в том, что смерть или тяжелые болезни «ликвидаторов» обусловлены радиацией; дополнительные экзогенные

вредности, предшествующие аварии и действующие в период после нее (профессиональные вредности, перенесенные заболевания, частое употребление алкоголя и др.) и, наконец; конституциональная предрасположенность. Для каждого конкретного «ликвидатора» ведущей причиной может быть одна или несколько из выше названных.

В целом, из 261 наблюдаемых участников ликвидации последствий аварии на ЧАЭС 208 человекам (79,7 %) установлена инвалидность: I гр. – 3 чел. (1,5 %), II гр. – 119 чел. (57,2 %), III гр. – 86 чел. (41,3 %), из которых работает 35 чел. (40,7 %). Среди 135 «ликвидаторов», имеющих официальную дозу внешнего облучения до 25 бэр, с инвалидностью 98 чел. (72,6 %), распределяющихся по группам следующим образом: I гр. – 1 чел. (1,0 %), II гр. – 54 чел. (55,1 %), III гр. – 43 человека (43,9 %), работающих инвалидов III гр. – 19 человек, что составляет 44,2 %. Зарегистрирована доза внешнего облучения более 25 бэр у 33 человек, все из которых имеют стойкую нетрудоспособность. Распределение по группам инвалидности происходит следующим образом: I гр. – 1 чел. (3,0 %), II гр. – 23 чел. (69,7 %), III гр. – 9 чел. (27,3 %). Таким образом, имеются достоверно значимые различия ($p \leq 0.05$) степени стойкой утраты трудоспособности у «ликвидаторов» в зависимости от зарегистрированной дозы внешнего облучения.

Заболевания, по поводу которых определена группа инвалидности участникам ликвидации аварии на ЧАЭС (208 чел.), следующие: дисциркуляторная энцефалопатия – 132 чел. (63,5 %); гипертоническая болезнь – 21 чел. (10,1 %); психические расстройства – 30 чел. (14,4 %); ишемическая болезнь сердца – 8 чел. (3,8 %); вегето-сосудистая дистония – 5 чел. (2,4 %); онкологические заболевания – 6 чел. (2,9 %); облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей – 4 чел. (1,9 %); рассеянный склероз – 1 чел. (0,5 %);

тиреотоксический зоб – 1 чел. (0,5 %).

С учетом преобладания у «ликвидаторов» патологии нервной системы среди причин стойкой утраты трудоспособности особое значение имеют результаты электроэнцефалографического исследования как одного из объективных критериев состояния и функционирования головного мозга. Электроэнцефалографическая картина проведенных 235 исследований УЛПЧА приводится в распределении по типам ЭЭГ [7]: I тип – 59 случаев (25,1 %), II тип – 25 случаев (10,6 %), III тип – 80 случаев (34,0 %), IV тип – 71 случай (30,2 %), V тип – 0 случаев (0 %).

Так, у больных преобладали III и IV типы ЭЭГ. III тип характеризуется наличием дизритмии с низкой амплитудой регистрируемых потенциалов при значительном снижении или отсутствии альфа-ритма (спектральная амплитуда 4–17 мкВ). Для IV типа ЭЭГ характерна стертость зональных различий при преобладании нерегулярной немодулированной альфа-активности.

Соотношение типов ЭЭГ по результатам электроэнцефалографического исследования «ликвидаторов» отражает характерную для них тенденцию замедления биоэлектрической активности головного мозга, дисфункции срединных структур. При анализе выявленной электроэнцефалографической картины у «ликвидаторов» и зарегистрированной у них дозой внешнего облучения получены следующие результаты (табл. 1).

Таблица 1

Зависимость типа ЭЭГ от дозы облучения

Официальная доза внешнего облучения	Тип ЭЭГ (абс. / %)				
	I	II	III	IV	всего
□25бэр	29/27,4	9 / 8,5	35 / 33,0	33 / 31,1	106 / 100
>25 бэр	8 / 28,6	3 / 10,7	8 / 28,6	9 / 32,1	28 / 100

Приведенные данные демонстрируют отсутствие корреляции между зарегистрированной дозой внешнего облучения и характером биоэлектрической активности головного мозга.

Результаты анализа распределения типов ЭЭГ у «ликвидаторов», участвовавших в разное время в ликвидации последствий аварии на ЧАЭС, представлены в табл. 2.

Таблица 2

Зависимость типа ЭЭГ от даты участия в ликвидации

Дата приезда в зону ЧАЭС	Тип ЭЭГ (абс. / %)				
	I	II	III	IV	всего
26.04 – 10.05.1986	8 / 21,6*	3 / 8,1	13 / 35,1	13 / 35,1*	37 / 100
11.05 – 31.12.1986	27 / 24,8	12 / 11,0	37 / 33,9	33 / 30,3	109 / 100
01.01 – 31.12.1987	13 / 26,5*	3 / 6,1	18 / 36,7	15 / 30,6	49 / 100
01.01.1988 – 31.12.1989	9 / 36,0**	3 / 12,0	8 / 32,0	5 / 20,0*	25 / 100

* – $p \leq 0,05$; ** – $p \leq 0,01$

Таким образом, результаты проведенных исследований демонстрируют наличие достоверно значимой связи между патологическими изменениями биоэлектрической активности головного мозга у «ликвидаторов» и датой приезда в зону Чернобыльской аварии

и ее отсутствие с официальной дозой внешнего облучения, а так имеющиеся достоверно значимые различия степени стойкой утраты трудоспособности УЛПЧА в зависимости от уровня зарегистрированной дозы внешнего облучения, что, скорее всего, социально обусловлено. В связи с чем, при медико-социальной реабилитации «ликвидаторов» следует обращать внимание на длительность работы, место работы и год участия в ликвидации аварии на ЧАЭС.

Литература

1. Афони́на К.П. Особенности инвалидности, медико-социальной экспертизы и реабилитации ликвидаторов последствий аварии на Чернобыльской атомной электростанции: Дис. ... канд. мед. наук. – СПб.: Ин-т усовершенств. врачей-экспертов Минтруда России, 2003. – С. 57–59, 106–108.
2. Волошин П.В. и др. К вопросу о патогенезе цереброваскулярных нарушений у лиц, подвергшихся радиационному воздействию в результате аварии на Чернобыльской АЭС // Актуальные и прогнозируемые нарушения психического здоровья после ядерной катастрофы в Чернобыле. Материалы Международн. конф. – Киев, 1995. – С. 242.
3. Жаворонкова Л.А., Холодова Н.Б., Гогитидзе Н.В. Динамическая оценка функционального состояния мозга участников ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС // Рез-ты и задачи мед. наблюдения за состоянием здоровья участников ликвидации последствий катастрофы на ЧАЭС в отдаленном периоде: Материалы конф. – М., 1998. – С. 46–52.
4. Иванов Е.В., Цыб А.Ф. и др. Концепция радиационной, медицинской, социальной защиты и реабилитации населения Российской Федерации, подвергшихся аварийному облучению // Радиоэкологич., мед. и соц.-экон. последствия аварии на ЧАЭС. Реабилитация территорий и населения: Материалы научно-практ. конф. – М.: НМЦ «Голицыно», 1995. – С. 63.
5. Никифоров А.М., Шишмарев Ю.Н., Шантырь И.И. Проблемы медицинского обеспечения ликвидаторов аварии на ЧАЭС (девятилетний опыт: эпидемиология, клиника, реабилитация) // Радиоэкологич., мед. и соц.-экон. последствия аварии на ЧАЭС.

Реабилитация территорий и населения: Материалы научно-практ. конф. – М.: НМЦ «Голицино», 1995. – С. 56.

6. Шантырь И.И., Романович И.К., Шварц В.А. Показатели здоровья ликвидаторов в период проведения аварийных работ на ЧАЭС // Чернобыль 10 лет спустя: Материалы конф. Сев.-Зап. региона России. – СПб., 1996. – С. 174–176.
7. Жирмунская Е.А., Лосев В.С. Системы описания и классификация электроэнцефалограмм человека. – М., 1984. – С. 78.

Олег Мазяр

*асистент кафедри соціальної
та практичної психології
Житомирського державного
університету імені Івана Франка*

НЕАДЕКВАТНЕ УЯВЛЕННЯ ПРО ЧОРНОБИЛЬСЬКУ КАТАСТРОФУ ЯК ПРИЧИНА НЕРОЗВ'ЯЗАННЯ ОСОБИСТІСНИХ ПРОБЛЕМ

Розв'язання особистісної проблеми передбачає розуміння клієнтом як каузальних аспектів її виникнення, так і соціально-психологічної динаміки. Особистісна проблема вважається подоланою, коли клієнт встановлює соціальний контроль і здатен конгруентно переживати почуття й продукувати думки. Труднощі у вирішенні особистісних проблем пов'язані з функціонуванням психологічних захистів, які покликані вберегти суб'єкта від усвідомлення певних внутрішніх суперечностей.

Одним з таких психологічних захистів, що набуває поширення на теренах північних областей України, стало неадекватне уявлення людей про наслідки катастрофи на ЧАЕС. Оскільки Чорнобильська катастрофа є об'єктивним фактом, то в уявленні людей, обтяжених особистісною проблемою, вона набуває універсальної причинності, що пояснює і виправдовує їх безпорадно-проблемне становище. Соціально-психологічним підкріпленням цього, до речі, стають чорнобильське посвідчення і різноманітні пільги, що надаються постраждалим від аварії на ЧАЕС. Психологічна пастка полягає в тому, що апеляція до Чорнобильської катастрофи як до джерела проблеми, з точки зору клієнта, є безпрограшною, оскільки її фактично неможливо спростувати або подолати іншим чином. Клієнт може завжди на свій розсуд виміряти її вплив на свою психіку та

життя, свавільно інтерпретувати-нафантазувати і робити висновки про безнадійність свого становища.

Подолання „чорнобильського захисту” полягає у виявленні нелогічності фіксованої ідеї. Питання на кшталт „Яким чином аварія на ЧАЕС впливає на Вашу поведінку (думки, почуття)?” примушують клієнта раціоналізувати і переконуватися, що джерелом проблемної поведінки є сам суб’єкт, а не якийсь потужний зовнішній вплив, якому він начебто не може (а насправді не хоче) протистояти.

Відтак Чорнобильська катастрофа у побутовій свідомості сучасних людей є новітньою формою психологічного захисту. Психологам і психотерапевтам, які працюють з особистісною проблематикою, належить виробити процедуру швидкого і надійного нівелювання таких „об’єктивних” захистів, інакше особистісні проблеми ризикують перетворитися на суто соціальні, в яких вони, психологи, некомпетентні.

Валерій Нікітін

*аспірант Інституту психології
ім. Г.С. Костюка АПН України*

МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ВИБОРУ ЖИТТЄВОЇ СТРАТЕГІЇ ХВОРИМИ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ

У наслідок чорнобильської катастрофи склалася тривожна динаміка у клініці ендокринологічних захворювань. В Україні число хворих на цукровий діабет сягає 1 мільйона (за неофіційними даними може складати 3 мільйона), з них 120 тис. хворіє на інсулінозалежний (І) тип захворювання. Кожні 10-15 років кількість пацієнтів з цукровим діабетом у нашій країні збільшується вдвічі і причинами цього стають не тільки наслідки радіологічного

забруднення після аварії на ЧАЕС, а й низка інших несприятливих умов. Тому відношення світової спільноти до цієї хвороби ставить її у один ряд з такими пандемічними хворобами як СНІД і онкологічні захворювання. Про особливу увагу до проблеми цукрового діабету в Україні свідчить Указ Президента про комплексну програму «Цукровий діабет» від 21 травня 1999 року. В Україні налічується 5 тис. дітей віком від 0 до 14 років та біля 4 тис. підлітків і юнаків від 15 до 18 років хворих діабетом. Про вагомість питань діабету у дітей засвідчує і факт об'явлення Всесвітньою федерацією діабету 2006 року – Роком дитячого діабету. При високій увазі до проблеми діабету з боку медицини, стрімкому зростанні методів діагностики і лікування цього захворювання, психологічна сторона виникнення і патогенезу залишається досить не розробленою. Це особливо стосується пацієнтів дитячого та юнацького віку.

Традиційне уявлення про цукровий діабет у буденній свідомості досить негативне. Цьому свідчать необґрунтовані відмови при прийомі на навчання чи роботу, упереджене ставлення до хворого з боку учнівського чи студентського колективу та навіть страх зараження як при інфекційних хворобах. Звичайно, таке ставлення насамперед викликане медико-санітарною неосвіченістю та медичною непоінформованістю. Це змушує хворих на цукровий діабет приховувати свій діагноз і часто через силу переборювати прояви хвороби. При цукровому діабеті психологічні порушення виникають навіть частіше, ніж соматогенні. Пацієнти долають психологічний стрес і депресію шляхом адаптації, яка може бути ускладнена реакцією заперечення, гніву та депресії. Основні порушення психіки хворих на діабет – надмірна дратівливість і швидка стомлюваність. Для них характерна підвищена емоційність, конфліктність, вони часто відчують образу й досаду. Іноді

спостерігається ослаблення пам'яті.

Хронічне захворювання змінює перспективу життя пацієнтів. Відомо, що будь-який розвиток передбачає скерованість на майбутнє та перспективу руху. Саме зміна планів на майбутнє характеризує нову соціальну ситуацію розвитку, що формується за умовами хвороби. Усі минулі життєві цілі, очікування змінюються у свідомості захворілої людини, а невизначеність медичного прогнозу призводять до фрустрації та порушують планування життєвих цілей. Ми вважаємо, що особливість захворілої молодшої людини як суб'єкта життя саме і складається з її здатності до усвідомлення життєвих протиріч, відношення до хвороби, адаптаційній та компенсаторній діяльності та навіть зміни екзистенційної уяви про життя і смерть. Зараз, у світлі сучасних досліджень психосоматичної медицини та куррації хворих з цукровим діабетом, постає необхідність не тільки теоретичного обґрунтування педагогічних та психологічних заходів вивчення життєвих стратегій особистості, але й пошук оптимальних форм та методів втілення педагогічних та психологічних принципів у процесі медико-психологічної допомоги таким хворим. На наш погляд, зміна (або формування) життєвої стратегії тісно пов'язана з дебютом та типом захворювання на цукровий діабет. Отже, у подальшій перспективі нашого дослідження планується більш глибока оцінка психічного стану хворих на цукровий діабет у юнацькому віці, висвітлення генези їх життєвих стратегій та відношення до лікування. Це надасть змогу всебічно підійти до надання кваліфікованої медико-психологічної допомоги, підвищити якість життя та соціальної адаптації таких хворих.

Валентина Олефір

*старший викладач
Національний педагогічний
університет імені М.П. Драгоманова*

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ІНДИВІДУАЛЬНОСТІ МАЙБУТНІХ ПРАКТИЧНИХ ПСИХОЛОГІВ

Поняття „індивідуальність” включає в себе декілька підходів: індивідуальність як певна жива цілісність (біологічний), розуміння відмінностей одного індивіда від іншого (психофізичний), індивідуальна неповторність і самотність кожної людини (психологічний). Останній виражається в індивідуально-психологічних особливостях людини, до яких в першу чергу відноситься характер, до якого входять різноманітні якості особистості. Поряд з розвитком особистісних якостей, які є основою загальнолюдських моральних цінностей і об'єднують людей в одну соціальну спільність, необхідно одночасно інтенсивно розвивати і інші прояви індивідуальності: темперамент, здібності, емоційно-вольову сферу. Неповторність індивідуальності проявляється у власному ставленні кожної людини до оточуючого і до свого внутрішнього світу, що виражається в емоціях.

Загальновідомо, що емоції людини тісно пов'язані з її потребами. Вони допомагають їй адаптуватися в соціальному середовищі і стимулюють її діяльність. За допомогою емоцій людина може усвідомлювати, наскільки відповідною щодо її потреб, інтересів, цінностей є її власна поведінка і вплив оточуючого середовища. Емоції виражають цілісне істинне ставлення людини до світу і відіграють важливу роль в її життєвому успіху, зокрема в здатності себе мотивувати. На думку деяких психологів

індивідуальність розглядається як емоційна реакція стану людини і основна форма усвідомлення своєї неповторності. Емоції, породжені діяльністю, виступають її невід'ємним компонентом і активно виконують функції її регуляції (А.Н.Леонтьев та ін). Емоційність дуже важлива як для життєвого успіху, так і для професійного зокрема. Емоційні процеси, віддзеркалюючи співвідношення між мотиваційною стороною діяльності і реальними досягненнями та можливостями людини, відіграють суттєву роль у навчальній діяльності майбутніх практичних психологів. Чорнобильська катастрофа особливо загострила досліджувану нами проблему.

Завданням нашого дослідження є вивчення індивідуальності майбутнього практичного психолога, ядром якої є мотиваційна сфера особистості. Серед великої кількості підходів до вивчення мотиваційної сфери особистості нами використано підхід А.Н.Леонтьєва, який ґрунтується на виділенні в мотивах об'єктивної сторони потреб людини, обумовлених конкретним предметом. Саме такий підхід, на нашу думку, дозволяє визначити особливості мотивації професійного самовдосконалення майбутніх практичних психологів, її вплив на ефективність щоденної діяльності. За експериментальними даними психологів, мотивація, пов'язана з професійним самовдосконаленням практичного психолога, займає провідне місце у багатьох педагогічних завданнях.

Розробку методики дослідження ми будували з урахуванням таких вимог:

- професійне самовдосконалення практичного психолога є відносно самостійним видом внутрішньої діяльності, який спрямований на прийняття і засвоєння зовнішніх, загалом нормативно встановлених вимог до його особистості;

- мотивація професійного самовдосконалення практичних психологів є сукупністю спонукань і умов, які визначають, спрямовують і регулюють процес підвищення їх професійної компетентності в навчальній діяльності;
- використання цільових методик для діагностики мотивації професійного зростання дозволяє використовувати наявні засоби і способи для розвитку мотивації професійного самовдосконалення майбутніх практичних психологів, створювати відповідні психологічні умови професійної діяльності і передумови для підтримки її стабільних і високих результатів

Анжела Пасніченко

кандидат психологічних наук
доцент кафедри психології
Чернівецького національного
університету імені Ю. Федьковича

ВДОСКОНАЛЕННЯ САМОРЕГУЛЯТИВНИХ МЕХАНІЗМІВ ОСОБИСТОСТІ ЯК СПОСІБ ВИЖИВАННЯ У НЕСПРИЯТЛИВИХ УМОВАХ

Подальший розвиток цивілізації у технологічно зорієнтованому напрямку, збереження теперішніх тенденцій соціалізації у суспільстві заганняють людство у глухий кут неекологічного ставлення до себе та свого оточення. У сучасній ситуації актуальним постає питання про внутрішні сили, резерви, ресурси людини для виживання в екологічно несприятливих умовах.

Ціла низка авторів свідчать про нелінійність, стрибкоподібність особистісного розвитку, що гарантує раптові незворотні зміни. Це, у першу чергу, Д.Б. Ельконін, І.Пригожин, П.В.Лушин, О.В.Мітіна та

авторка цих тез, А.Е.Пасніченко. Про внутрішні детермінанти, джерела активності людини писали S.Kobasa, А.Адлер, Л.І.Анциферова, О.А.Конопкін, А.К.Осницький та Т.Г.Чуйкова. А.Г.Бусигін запропонував філософсько-математичну формулу «здоров'я здорової людини», що є функцією від необхідності та достатності задоволення базових потреб людини на фізіологічному, психологічному та соціальному рівнях. За В.В.Козловим, основним критерієм психічного здоров'я є здатність до інтеграції досвіду. Свого часу подібну думку висловлював К.Роджерс у понятті про конгруентність/неконгруентність.

Традиційно дослідники прагнуть до спрощення та універсалізації психологічної проблематики, проте поза аналізом лишаються аспекти особистої значимості життєвих ситуацій, чому висновки та прогнози часто бувають обмеженими. Авторка пропонує критично поставитися до наявних у психології даних про «ресурсоємність» різних компонентів психічного для виживання у несприятливих умовах життя.

Ми розглядаємо поступову екстремалізацію життя людини як умову розвитку її особистісного потенціалу (А.Е.Пасніченко, 2005) за рахунок розгортання над ситуативної активності. Нами запропоновано модель формування різних стратегій стосовно стресових, критичних, «екстремальних» переживань, серед яких: здорова стратегія реалізації базових потреб, стратегія мінімізації затрачених зусиль за принципом «економії сил», стратегія отримання максимального задоволення. Два останні варіанти визначаються нами як неекологічні, оскільки вони не здатні забезпечити особистості умов для її повноцінного існування.

Ми провели експертну валідізацію запропонованої нами моделі шляхом порівняння її даних з типологіями, що були запропоновані

іншими авторами. Ми констатуємо хорошу узгодженість моделі з типологіями «нормальної та невротичної тривоги» Р.Мея (1967р.), стратегій виходу з кризових ситуацій К.Леани і Д.Фельдмана (1995), стратегій поводження безробітних А.Гармашева (1996) та А.К.Осницького і Т.С.Чуйкової (1998), типами професіоналізації Л.М.Мітіної (2005).

Екологічність людського існування передбачає повернення до себе, до своєї сутності, що, за Г.Д.Петровою, «знижує значимість нарощування темпів зростання, нескінченного накопичення штучних подовжень людських можливостей» (2005). Все яскравіше позначається потреба в осмисленні, одухотворенні соціальних досягнень людини, в опануванні природи, як оточуючої, так і своєї власної. Операціональний бік саморегуляції оцінюється частіше через ступінь сформованості вольової сфери (А.Е.Пасніченко, 2003). Проте «адаптивні можливості особистості до трансформації Его, зміни ціннісних орієнтацій, спрямованості, мотиваційно-потребнісних структур обмежені» (В.В.Козлов).

Ми описуємо площину саморегулятивного досвіду в межах двофакторної координатної системи: «раціональність-ірраціональність» та «усвідомленість-неусвідомленість». У цій площині розміщуються різні види та рівні саморегуляції: глибоко без свідомі біологічні, перед свідомі (чуттєві та інтуїтивні), усвідомлені (когнітивні, вольові, частково емоційні) та над свідомі форми (мотиваційні як ціннісні, моральні, духовні механізми саморегуляції).

Механізми переборення кризової ситуації багато у чому визначаються досвідом саморегулювання активності, досвідом долаття життєвих ускладнень при розв'язанні різноманітних завдань. Наявність власного успішного досвіду вправління у

різноманітних механізмах – умова гармонійного розвитку та виживання у несприятливих екологічних умовах.

Надія Повякель

доктор психологічних наук, професор,
завідувач кафедри практичної психології
НПУ імені М.П.Драгоманова

ПСИХОЛОГІЧНІ НАСЛІДКИ ЧОРНОБИЛЯ В КОГНІТИВНІЙ СФЕРІ ОСОБИСТОСТІ

Останнім часом проблеми як фізичної, так і психологічної безпеки людини за умов різноманітних техногенних й екологічних катастроф привертають все більшу увагу фахівців різних галузей знань. Сучасному психологу найчастіше доводиться мати справу з різноманітними психологічними наслідками катастроф, до яких, у першу чергу, відносяться порушення в системі психологічної безпеки людини, і, зокрема, в системі її саморегуляції.

Саме підвищена стресогенність, психічна нестабільність, невизначеність та неусталеність життя є наслідками порушень у системі саморегуляції людей, які переживають або знаходяться у спектрі наслідкових переживань екологічних, соціогенних і техногенних катастроф. причому одними із суттєвих психологічних наслідків є проблеми виникнення й поширення негативного, тривожного, нестабільного мислення людини.

В цьому контексті відзначимо, що одним із найцікавіших в останні роки є підхід до розвитку й стабілізації адекватної, гнучкої та адаптивної системи саморегуляції шляхом формування позитивного та, водночас, “саногенного” або “оздоровчого” мислення. Формування складових і механізмів саногенного мислення переслідує цілі управління собою шляхом збереження й закріплення

складових психологічного здоров'я особистості, а тим самим, активізації енергетичного потенціалу людини. Саногенне (від лат. "sanitas"-здоров'я) або "оздоровче" мислення містить дві професійно-важливі складові - психогігієнічну і власне психологічну, що тісно пов'язані з активізацією і розвитком, у першу чергу, когнітивних механізмів саморегуляції й самозбереження людини. Остання складова саногенного мислення складає його важливу частину та пов'язана з прийняттям себе й світу, із позитивністю, усталеністю, та, водночас, гнучкістю Я-концепції особистості та її системи саморегуляції. Вітчизняні та зарубіжні дослідники проблематики "оздоровчого" мислення (Є.П.Ільїн, Г.С.Никіфоров, Ю.М.Орлов, Н.І.Пов'якель, В.В.Рибалка, М.З. Телешевська, Дж.Брайт, Ф.Джойс, Л.Хей та ін.) відзначають, що розвиток "саногенності" мислення вже саме по собі сприяє виробці гармонічної поведінки, умінь управляти собою, використовувати елементи саморефлексії тощо. Зазначимо, що, за результатами наших досліджень, формування складових саногенного мислення, в особливості у неоднозначних, стресових, інформаційно й енергетично перенасичених ситуаціях, в екстремальних ситуаціях та супроводжувальних їх переживаннях, сприяє активізації ресурсів саморегуляції й психологічній безпеці особистості [Н.І.Пов'якель, 2003; 2004].

На протилежність саногенному мисленню, зазначимо виявлені нами особливості патогенного або негативного мислення: патогенність сприйняття та уяви, що має прояв у зосередженні на негативному баченні світу, ситуацій, людей; відрив від реальності та зосередженість на негативних переживаннях і патогенних почуттях, думках; замкненість та обмеженість життєвого світу. образів. тощо; накопичування саме негативних переживань і ситуацій, негативного

життєвого досвіду та “притягування” до себе “життєвого негативу”; “виключеність” рефлексії та повна “включеність” в екстремальні ситуації та їх переживання; ригідність пізнавальної сфери тощо.

Научіння саногенному мисленню та окремим психотехнікам “оздоровлення” мислення шляхом застосування розробленої нами системи ступеневих творчо-рефлексивних тренінгів (РЕТТ) базується на розширенні поля свідомості людини, тобто включення в галузь усвідомленого все більшої кількості життєвих функцій, звичок, конструктивних ситуацій. Таке розширення поля свідомості полегшує тренування внутрішньої самодисципліни особистості, формує гнучкість і, водночас усталеність саморегуляції, що може запобігати “нервовим зривам”, стимулює та оновлює систему саморегуляції особистості в тому числі і за умов психологічних наслідків катастроф.

Тетяна Розова

викладач кафедри практичної психології
Інституту педагогіки і психології
НПУ імені М.П. Драгоманова (м. Київ)

ДИНАМІКА ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ ТА ЇХ ВПЛИВ НА ПРОФЕСІЙНІ КОМУНІКАЦІЇ ЗА УМОВ АВАРІЇ НА ЧАЕС

У ці дні Україна відзначає сумнівний ювілей – 20-річчя аварії на Чорнобильській атомній електростанції. Вибух, що прогрімів на четвертому блоці однієї з найпотужніших у світі АЕС, сколихнув усю планету. Внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС, радіоактивного забруднення зазнали майже всі райони України, в тому числі й територія Київщини. Аварія на ЧАЕС похитнула не тільки фізичне, а, в першу чергу, й психологічне здоров'я людей, які проживають на забруднених територіях.

Зокрема, це видно з досліджень властивостей вищої нервової діяльності особистості та їх впливу на професійні комунікації. Як відомо, обґрунтований розвиток проблеми індивідуально – типологічних ознак нервової системи дістала ще в працях І.П. Павлова та його школи.

На думку І.П. Павлова та його послідовників, сила нервових процесів означає здатність нервових клітин адекватно реагувати на надто сильні подразники; врівноваженість нервових процесів залежить від співвідношення сили процесів збудження і гальмування, а рухливість, визначається швидкістю переходу нервових клітин від стану збудження до гальмування і навпаки, а після аварії на Чорнобильській АЕС нервові клітини почали неадекватно реагувати на надто сильні подразники; у них стало менше здатності врівноваженості нервових процесів; повільніше

почали переходити нервові клітини від стану збудження до гальмування і навпаки, а це в свою чергу проявляється в тривожному, неврівноваженому процесі спілкування. Вважається, що надійність та продуктивність професійної діяльності зумовлюються, з одного боку, максимальними можливостями організму, а з іншого – рівнем емоційного напруження, що регулює рівень реалізації цих можливостей, що похитнулося після аварії на ЧАЕС. Ще В. Д. Небиліцин вказував на наявність зв'язків між деякими індивідуальними характеристиками професійних якостей людини та основними властивостями її нервової системи. Він виділив такі якості та їх зв'язки: 1) довгочасної витривалості – із силою нервових процесів; 2) витривалості до екстремальної напруги та перевантажень – із силою процесу збудження чи рівновагою нервових процесів; 3) стійкості – із силою нервових процесів; 4) реакції на випадкові подразники – із рівновагою нервових процесів; 5) перемикання – із лабільністю, підкреслюючи, що лабільність не має однозначного визначення й потребує детального дослідження (Лозниця В.С.; 1999).

Швидкість обробки інформації, а звідси й швидкісні параметри процесу прийняття рішень, істотно залежать від швидкості руху нервових процесів, а після аварії на Чорнобильській АЕС, на всій забрудненій території, цей процес вийшов з ладу. При проведенні психофізіологічних досліджень особливе місце посідають властивості, які фахівці називають основними характеристиками нервової системи або основними властивостями вищої нервової діяльності, такі як лабільність, сила, врівноваженість нервових процесів. Виходячи з цього на забруднених територіях, з кожним днем з'являється все більше людей з низькою лабільністю. Оскільки типологічні властивості є фізіологічною основою психічних процесів,

то виявлення їх дозволяє з достатньо високою імовірністю прогнозувати типові моделі психічної активності і поведінки людини в різних ситуаціях. Так, у людини з сильною нервовою системою можна прогнозувати стресостійкість і високу працездатність; у людини з високою лабільністю і сильною нервовою системою – емоційну стабільність; монотонну діяльність значно легше витримує людина із слабкою нервовою системою (Горго Ю.П.; 1999).

Отже, виходячи з того, що люди які проживають на території радіоактивного забруднення, проявляють низьку стресостійкість, емоційну нестабільність, то можна прогнозувати виникнення у них не стабілізації означених феноменів нервової системи.

Лілія Руденко

*кандидат педагогічних наук
Національний педагогічний університет
імені М.П. Драгоманова*

ВПЛИВ ІОНІЗУЮЧОГО ВИПРОМІНЮВАННЯ НА ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я ЛЮДЕЙ

У постраждалих унаслідок Чорнобильської катастрофи, опромінених у дозах 1-4 Гр (гостра променева хвороба I-II ступенів тяжкості), у найближчі строки після опромінення виявляли порушення нервово-вісцеральної регуляції і загальну астенізацію. Під час опромінення в дозах 4-6 Гр описано загально мозкові і оболонкові симптоми, вегетативні розлади, рідше – дрібні осередкові і розсіяні церебральні мікросимптоми, координаторні порушення, що поглиблювалися зі збільшенням дози. У цьому разі при гострій променевій хворобі III ступеня (4,2 – 6,3 Гр) спостерігали гостру радіаційну і радіаційно-токсичну енцефалопатію,

субарахноїдально-паренхіматозний крововилив, виражені набряк і набухання мозку (А.К. Гуськова і співавтор., 1987).

У віддалений період гострої променевої хвороби (3-5 років і більше) формується пострадіаційна енцефалопатія – психоорганічний синдром (А.П. Ромаданов, О.Р. Винницький, О.К. Напрєєнко та ін., 1993). Спостерігаються чіткі зміни особистості, порушуються когнітивні функції і процеси мислення, знижується пам'ять (особливо слухо-мовна), з'являються утруднення щодо концентрації мислення і виконання розумових завдань, а також апатія, абулія, соціальне відчуження, втома, запаморочення. Одним із її проявів є психоорганічний шизоформний синдром, якщо уражено лімбічну систему і лобово-скроневу кору лівої (домінуючої) півкулі.

За тривалого впливу іонізуючих випромінювань у дозах, що перевищують гранично допустимі, або після гострої променевої хвороби, якщо спостерігалася інкорпорація радіонуклідів може розвинути хронічна променева хвороба.

У клінічній картині хронічної променевої хвороби I (легкого) ступеня переважають помірні порушення нервової регуляції. За подальшого розвитку хвороби прогресують астенізація і нервово-трофічні зміни. Виявляють фіксаційну гіпомнезію, дратівливість, слабкість, психічне виснаження, підвищену втомлюваність.

При хронічній променевій хворобі II ступеню характерними є дієнцефальна патологія і церебрастенічний синдром з вираженою фіксаційною гіпомнезією і швидким виснаженням нервової системи. Виявляють ознаки ураження мієліну у провідних шляхах ЦНС. Вегетативна нервова система уражується на всіх рівнях, що зумовлює прогресуючу вегетативну недостатність.

Хронічна променева хвороба III ступеню характеризується переважно симптомами органічного ураження ЦНС дифузного характеру з переважанням ураження середнього й проміжного мозку. Прогресує енцефалопатія, що супроводжується судинними кризами.

Клінічна картина психотичних станів, зокрема при ендogenous психічних захворюваннях, що розвиваються в осіб, які зазнають дії іонізуючого випромінювання, істотно не відрізняється від проявів психозу в мешканців інших регіонів. Продуктивна симптоматика характеризується значною кількістю сенестопатій, а також розвиненою системою маячних іпохондричних ідей. З часом у деяких хворих кристалізувалася своєрідна маячна концепція захворювання як наслідку. Спостерігаються також маячні ідеї винахідництва на актуальні для Чорнобильської зони відчуження теми. У більшості хворих виявлено мікроневрологічну симптоматику і вегетативні розлади. М.Є.Поліщук, І.С.Зозуля (1993) на підставі вивчення цереброваскулярної патології зробили висновок, що радіаційне опромінення діє патологічно на всі рівні ЦНС: кору, підкірку, гіпоталамо-стовбурні і спінальні структури. Автори наголошують, що недостатність судин мозку найчастіше розвивається у молодих людей.

Зоя Огороднійчук

професор Національного педагогічного університету
імені М.П. Драгоманова

Алла Савоста

ст. викладач Національного педагогічного університету
імені М.П. Драгоманова

Ганна Афузова

аспірант Національного педагогічного університету
імені М.П. Драгоманова

ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ ПРОФЕСІЙНО-ПІЗНАВАЛЬНОЇ ПОТРЕБИ МАЙБУТНЬОГО ДЕФЕКТОЛОГА

Одним із наслідків Чорнобильської катастрофи слід вважати збільшення кількості дітей з порушенням психофізичного розвитку. Це ставить підвищені вимоги до підготовки висококваліфікованого вчителя-дефектолога.

У педагогічній роботі з дітьми, які мають особливості психофізичного розвитку, дуже чітко актуалізується стимулююча функція професійно-пізнавальної потреби, яка забезпечує професійно-особистісну стійкість незалежно від негативного впливу зовнішніх чинників, та її провідна роль при підготовці спеціальних педагогічних кадрів для роботи з дітьми з обмеженими можливостями. Формуванню професійно-особистісної стійкості в навчально-виховному процесі сприяють такі умови: вивчення професійно-орієнтованих спеціальних дисциплін, розвиток здатності майбутніх учителів до саморегуляції у професійній діяльності, формування мотиваційно-ціннісного ставлення до педагогічної діяльності, орієнтація на творчу

самореалізацію студента в процесі оволодіння педагогічною професією.

Вивчаючи проблему професійно-пізнавальної потреби майбутніх дефектологів, ми проаналізували її динаміку за емпіричними показниками. Дослідження пізнавального інтересу студентів до різних навчальних дисциплін показало, що до спеціальних дисциплін він порівняно вищий, ніж до інших навчальних дисциплін. При вивченні характеру емоційних переживань, які виникають у зв'язку із засвоєнням студентами професійних знань, ми виявили, що емоційно-позитивне ставлення характеризується силою та інтенсивністю у тих студентів, які відзначали професію при вступі до педагогічного університету, як цікаву і привабливу. Майже у всіх, незадоволених своєю професією, інтереси перебувають поза її сферою. Таким чином, спостерігається залежність між привабливістю, задоволенням від професії і професійними інтересами.

Також було встановлено, що рівень розвитку у них професійно-пізнавальної потреби, починаючи з першого курсу, поступово знижується внаслідок того, що після першого року навчання у студентів змінюється уявлення про обрану професію дефектолога, або не виправдовуються сподівання, що пов'язано з невірною професійною орієнтацією на час вступу до вищого навчального закладу. Інтерес викликає зниження рівня розвитку названої потреби після активної педагогічної практики, безпосереднього ознайомлення з педагогічною діяльністю у спецзакладах.

Встановлений переважно середній рівень розвитку у студентів професійно-пізнавальної потреби став підставою для розробки програми управління її розвитком у ході здійснення

навчально-виховного процесу у педагогічному вищому навчальному закладі. Рівень професійно-пізнавальної потреби підвищується за умови управління потребою із самого початку навчання у вузі шляхом цілеспрямованої роботи викладачів. З виникненням позитивного емоційного ставлення до професії дефектолога на початковому етапі в навчально-виховному процесі повинні застосовуватися різні психолого-педагогічні впливи профорієнтаційного характеру з метою формування у студентів системи ціннісних орієнтацій, яка включає у собі майбутню професійну діяльність. Порівняння результатів експерименту доводить, що за час проведення формуючого етапу дослідження відбулися якісні та кількісні зміни в розвитку професійно-пізнавальної потреби у студентів-дефектологів. Кількісні показники даної потреби значно покращилися. Число студентів з низьким рівнем її розвитку зменшилася майже у два рази.

Встановлено, що рівень розвитку професійно-пізнавальної потреби у дівчат вищий, ніж у юнаків. При низькому рівні розвитку професійно-пізнавальної потреби чи її повній відсутності у студентів спостерігається негативне чи індиферентне ставлення до професії дефектолога, негативне ставлення до пізнавальної діяльності, небажання включатися у практичну професійну діяльність, відсутність пізнавального і професійного інтересів.

Зоя Огороднійчук

кандидат психологічних наук
НПУ імені М.П. Драгоманова

Анатолій Сичевський

кандидат психологічних наук
МНС України

РОЛЬ ПРАКТИЧНОГО ПСИХОЛОГА В РОЗВИТКУ ЕМПАТІЇ ПІДЛІТКІВ

Проблема Чорнобилю вимагає підвищеної емпатійності до постраждалих. Система роботи з розвитку емпатії підлітків вимагає від учителів і психологів знання психофізіології пубертатного періоду, врахування психологічних особливостей емпатії в цьому віці і прояву професійної емпатії.

Емпатія – це здатність відгукуватися на переживання іншого, форма „емоційного знання” почуттів іншої людини. Це особливий спосіб розуміння людини.

Практичний психолог повинен бути професіоналом, добре володіти індивідуально-психологічними характеристиками дітей різного віку. Професійна компетентність психолога вимагає бездоганних знань розвитку дітей в критичні періоди їх життя.

Метою нашого дослідження було вивчення психологічних особливостей емоційного компоненту емпатії, зумовлених статевим дозріванням підлітків.

Розвиток емпатії у пубертатному періоді піддається впливу *соматогенних* (нерівномірність розвитку окремих функцій і систем організму), *психогенних* (збільшується кількість акцентуацій, змінюється реактивність, підвищується чутливість) і *особистісних* (соціалізація, індивідуалізація) чинників, які переважно пов'язані із статевим дозріванням. Морфо-фізіологічні зміни пубертатного

періоду порушують емоційну сферу підлітка і призводять до послаблення емоційного компоненту емпатії.

Психофізіологічними передумовами розвитку емоційного компоненту емпатії є: чутливість, емоційна лабільність, невротизм, функціональна асиметрія півкуль головного мозку. Психофізіологічні передумови обумовлюють механізми емоційного компоненту емпатії і розкривають його психологічні особливості.

Основні закономірності розвитку емоційного компоненту емпатії підлітків розкриваються через емпіричні показники: сенситивність, тривожність, психотизм, комунікативність і експресивність.

Емпіричні показники утворюють три складові емоційного компоненту емпатії: емотивну, експресивну і егоцентричну. Емотивна складова розкривається через емотивність і тривожність; експресивна – через комунікативність і експресивність. Егоцентрична складова емоційного компоненту емпатії у пубертатному періоді зумовлюється передусім психотизмом.

Внаслідок психокорекційної роботи не залишилося дітей з дуже низьким рівнем розвитку емпатії, в 1,6 рази зменшилась кількість підлітків з низькою емпатією, на 22,2% зросла кількість дітей з середнім рівнем розвитку емпатії. Коригування емоційного компоненту емпатії підлітків сприяло появі 11,1% дітей з високим рівнем розвитку емпатії.

Виявлено і статистично доведено, що розвиток емоційного компоненту емпатії має свої особливості і відбувається нерівномірно, що зумовлено статевим дозріванням підлітків. Ці особливості є результатом перебудови всіх психічних функцій і опосередковані умовами соціалізації у підлітковому віці, що призводить до розвитку емоційного компоненту емпатії в напрямку подальшого прогресивного розвитку.

На основі результатів дослідження визначено, що активний соціальний вплив на емоційний компонент емпатії (психологічний тренінг, бесіди, осмислення відповідної художньої літератури, аналіз емпатогенних ситуацій та ін.) допомагає формуванню емпатійності у підлітків.

Дишкакт Руслана

студентка V курсу
соціально-психологічного факультету Житомирського
державного університету імені Івана Франка

ЦІННІСНА РЕГУЛЯЦІЯ НАВЧАЛЬНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ СТУДЕНТІВ ТРЕТЬОГО КУРСУ (НА ПРИКЛАДІ СТУДЕНТІВ З ВИСОКИМ РІВНЕМ УСПІШНОСТІ)

Категорія цінностей є однією з найскладніших у філософії, соціології й психології. Проблемою цінностей займалися представники різних наукових шкіл та напрямків. Серед них З. Фрейд, А. Маслоу, В.М. М'ясищев, І.С. Кон, Д.Н. Узнадзе. Система ціннісних орієнтацій є важливою характеристикою особистості та показником її сформованості. Ступінь розвитку ціннісних орієнтацій, особливості їх становлення дозволяють робити висновки про рівень розвитку особистості. Разом з тим питання ціннісної регуляції окремих видів діяльності, зокрема, навчальної, ще недостатньо вивчено.

Враховуючи це, **об'єктом дослідження** є особливості ціннісної регуляції навчальної діяльності студентів.

Предмет дослідження – особливості ціннісної регуляції навчальної діяльності студентів третього курсу з високим рівнем успішності.

Гіпотеза дослідження:

1. Навчальна діяльність студентів третього курсу спеціальності «Практична психологія. Соціальна педагогіка» з високим рівнем успішності регулюється такими цінностями як пізнання, професійна спрямованість, особистісний розвиток.

2. Навчальна діяльність студентів третього курсу спеціальності «Менеджмент організацій» з високим рівнем успішності регулюється такими цінностями як престиж професії, отримання диплому.

При проведенні дослідження ціннісної регуляції навчальної діяльності студентів були використані такі методи: асоціативний методу, методи математичної статистики (факторний аналіз), методика «Ціннісної орієнтації» М. Рокіча у модифікації О.Б. Фанталової.

У дослідженні брали участь 10 студентів третього курсу віком 19-20 років спеціальності «Практична психологія. Соціальна педагогіка» з високим рівнем успішності та 10 студентів третього курсу віком 19-20 спеціальності «Менеджмент організацій» з високим рівнем успішності. Дослідження проводилося 02.03.2006 року.

Дослідження проводилося у два етапи.

I. Пілотажне дослідження.

Дослідження проводилося за допомогою асоціативного методу. Досліджуваним було запропоновано:

- ☐ назвати п'ять асоціацій на слово-стимул «навчання»;
- ☐ вказати три причини, що стимулюють їх до навчання.

Асоціації, які вказали студенти, є достатньо формальними, тому в подальшому аналізі вони не використовувалися. Відповідно до даних, які вказали студентами, були виділені цінності (за

допомогою частотного аналізу), які для студентів є значимими. Обрані цінності використовувалися в подальшому дослідженні.

II. Індивідуальна діагностика. Складання матриці з 20 цінностей, які одержали найбільшу кількість виборів.

Обробивши результати індивідуальних матриць, було встановлено ранги, які займає кожна цінність. Рангові значення, були піддані факторизації в подальшому проаналізовані.

Обробивши дані за допомогою факторного аналізу було встановлено, що у студентів спеціальності «Практична психологія. Соціальна педагогіка» високий коефіцієнт кореляції отримали такі конструкти: «отримання вищої освіти» - (0,69 – коефіцієнт кореляції), «отримати диплом» - (0,86), «бути професіоналом» - (0,7), «престиж спеціальності» - (0,69). Ті конструкти, які виділилися в першому факторі, взаємопов'язані між собою. Студенти усвідомлюють: для того, щоб бути професіоналом, потрібна вища освіта, яка підтверджується дипломом; «гарна робота» - (-0,7), «особистісний розвиток» - (-0,9). Студенти вбачають особистісний розвиток за наявності гарної роботи, яка допоможе їм реалізувати себе в житті; «пізнання нового» - (-0,9), «допомога іншим» - (-0,9),), «самореалізація» (-0,6), «знання» - (-0,6). Дані конструкти свідчать проте, що для самореалізації потрібні знання, щоб спираючись на них виконувати професійний обов'язок. Такий конструкт як «отримати вищу освіту» входить як в перший позитивний, так і в другий позитивний полюс, що свідчить про значимість даної цінності для студентів. Головним у своїй навчальній діяльності студенти бачать досягнення кінцевої мети – отримання вищої освіти.

У студентів спеціальності «Менеджмент організацій» високий коефіцієнт кореляції отримали такі конструкти: «кар'єра» - (0,87), «стати спеціалістом» - (0,8), «самореалізація» - (0,7). Найбільшим

значимим конструктором даного полюсу є «кар'єра»; «отримати диплом» - (-0,89), Отже, порівнюючи ці два полюси можна зробити висновок про те, що студенти, отримавши дипломи та працюючи за даної спеціальністю, не вважають за необхідне надавати допомогу іншим. Протилежними є два конструкти - це «кар'єра» і «працювати за професією» (коефіцієнт кореляції = -0,9). Це свідчить, що студенти не впевнені в тому, що кожен зможе досягти значних професійних успіхів; «престиж спеціальності» - (0,77), «забезпечене майбутнє» - (-0,84). Порівнюючи ці два полюси, можна зробити висновок про те, що для студентів ці два конструкта є несумісними. Якщо студент прагне до матеріального забезпечення, то він не налаштований працювати за даної спеціальністю. Негативний характер мають конструкти – «працювати за професією» і «прагнення до знань».

Порівнюючи результати студентів спеціальностей «Практична психологія. Соціальна педагогіка» та «Менеджмент організацій», можна зробити висновок, що студенти психологи більш професійно спрямовані, орієнтовані на пізнання, важливим для них є самореалізація. Для студентів менеджерів важливим є престиж обраної спеціальності, отримання диплому, кар'єра (кар'єрне зростання може розглядатися не в межах отриманої спеціальності). Спільним для студентів є те, що всі вони прагнуть отримати вищу освіту, але чи будуть вони працювати за обраною спеціальністю? Це вже власний усвідомлений вибір кожного студента.

Мета дослідження досягнута, всі поставлені завдання виконані. Гіпотеза дослідження підтвердилась.

Опанасюк Оксана

студентка V курсу
соціально-психологічного факультету Житомирського
державного університету імені Івана Франка

ОСОБЛИВОСТІ ЦІННІСНОЇ РЕГУЛЯЦІЇ СТУДЕНТІВ ДЕННОЇ ТА ЗАОЧНОЇ ФОРМИ НАВЧАННЯ: ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ.

Становлення гуманної, творчої, самоактуалізованої особистості обов'язково передбачає розвиток її ціннісно-сміслової сфери, тобто системи цінностей та ціннісних орієнтацій, які є орієнтирами соціальної поведінки і діяльності.

Цінності – це системоутворююче ядро особистості, її діяльності і внутрішнього духовного життя, це те, що має для людини велике значення, відповідає її актуальним потребам, ідеалам, особистісним значенням.

Цінності визначають: направленість суб'єкта на реалізацію визначених відносин, які відповідають даній цінності; направленість на визначену діяльність чи її сторони; відповідне уявлення про своє „Я”; виділення у свідомості певного предметно-діяльнісного змісту і його основну роль у формуванні самосвідомості особистості.

У психології проблему цінностей досліджували М.А.Бєрдяєв, М.Рокич (виділив два рівні ієрархії цінностей: цінності-цілі, або кінцеві цілі існування, і цінності-засоби, або способи поведінки особистості); С.С.Бубнова виділяє три ієрархічних рівня в системі ціннісних орієнтацій особистості, які відповідають трьом рівням її вивчення. С.Л. Рубінштейн ввів поняття динамічної тенденції особистості як прояву направленості і ціннісних орієнтацій. О.Л.Музика розробив суб'єктно-ціннісний аналіз для дослідження ціннісної регуляції творчої діяльності.

Проблема ціннісної регуляції навчальної діяльності є ще не досить вивченою, що і обумовило вибір нашого дослідження.

Метою данної роботи було дослідити та порівняти особливості ціннісної регуляції навчальної діяльності студентів 4-го курсу денної та заочної форм навчання. Перед проведенням дослідження нами було висунуто гіпотезу:

1. Процес навчальної діяльності студентів четвертого курсу заочної форми навчання регулюють такі цінності як «особистий розвиток» та «матеріальне благополуччя».
2. Процес навчальної діяльності студентів четвертого курсу денної форми навчання регулюють такі цінності як «бажання стати хорошим спеціалістом» та «самореалізація».

Дослідження проводилося на базі соціально-психологічного факультету ЖДУ імені Івана Франка. Вибірку склали 24 студенти спеціальності „Практична психологія. Соціальна педагогіка ” денної та заочної форм навчання. При проведенні дослідження було використано метод анкетування, ранжування, „Методику ціннісних орієнтацій” М. Рокича, модифіковану О.Б. Фанталовою, факторний аналіз.

Дослідження проводилося в три етапи: пілотажне дослідження, дослідження ціннісної регуляції навчальної діяльності, інтерпретація отриманих результатів

1. Пілотажне дослідження. Студентам пропонувалося виділити три основні причини, які стимулюють їх до навчання. На основі отриманих даних та статистичної обробки результатів було виділено по 15 статистично значимих причин для студентів денної та заочної форм навчання.
2. Дослідження ціннісної регуляції навчальної діяльності. Студентам денної та заочної форм навчання пропонувалося

попарно порівняти 15 причин-стимулів, які були виділені у пілотажному дослідженні

3. Інтерпретація отриманих результатів На основі отриманих даних, використовуючи метод ранжування, було отримано ієрархію цінностей студентів денної та заочної форм навчання, також було проведено факторний аналіз.

В результаті роботи був зроблений порівняльний аналіз та висновок.

У ході дослідження особливостей ціннісної регуляції навчальної діяльності студентів, досліджуваними було виділено ряд основних цінностей. Отримані дані свідчать про те, що більшість цінностей, які регулюють навчальну діяльність студентів денної та заочної форм навчання, співпадають («вища освіта», «престижна робота», «кар'єрний ріст», «інтерес», «соціальний статус», «спілкування», «матеріальне благополуччя», «знання»).

Однак існують і певні відмінності у ціннісній регуляції навчальної діяльності, наприклад, студенти денної форми навчання виділили серед цінностей такі як «диплом», «бажання стати хорошим спеціалістом», «досвід», «самореалізацію», «роботу», «допомогу іншим», «проведення часу», а студенти заочної форми навчання – «діти», «підвищення професіоналізму», «здобуття професії», «самоствердження», «задоволення», «особистісний розвиток», «вимоги керівництва».

Порівнюючи отримані в ході нашого дослідження дані щодо цінностей студентів денної та заочної форм навчання, можна зробити висновок, що найбільш значимими цінностями, які регулюють навчальну діяльність студентів денної форми навчання, є «бажання самореалізуватися»(127 балів) і «прагнення стати хорошим спеціалістом»(127 балів), а найменш значимою –

«проведення часу»(22 бали). Щодо студентів заочної форми навчання, то найбільш значимою цінністю є «особистий розвиток»» (120 балів), а найменш значимою – «вимоги керівництва»(22 бали).

Результати отримані в ході факторного аналізу, можна інтерпретувати наступним чином: досліджувані студенти денної форми навчання вважають, що для отримання престижної роботи та можливості кар'єрного росту потрібно отримати диплом та мати практичний досвід, а не лише проводити час в університеті, спілкуючись, допомагаючи іншим та задовольняючи свій пізнавальний інтерес. Для того, щоб бути матеріально забезпеченим, потрібно отримати вищу освіту, мати роботу та знання, а для самореалізації потрібно бути хорошим спеціалістом, займати певне соціальне становище та гарно проводити час.

Інтерпретуючи результати студентів заочної форми навчання, ми зробили висновок, що для самоствердження їм потрібна престижна робота та кар'єрний ріст, а не виконання вимог керівництва, матеріальне благополуччя чи певний соціальний статус. Досліджувані також вважають, що для того, щоб мати певний соціальний статус, потрібно здобути професію, постійно підвищувати свій професіоналізм та отримувати знання, але діти не дають можливості у повній мірі досягнути бажаного результату.

За результатами проведеного дослідження на основі статистичної обробки даних, можна зробити висновок, що висунута гіпотеза підтвердилася.

Отже, процес навчальної діяльності студентів четвертого курсу регулюють такі цінності:

1. Особистий розвиток – у студентів заочної форми навчання;

2. Бажання стати хорошим спеціалістом та самореалізація – у студентів денної форми навчання.

Матеріали друкуються в авторській редакції

Підписано до друку 19.05.2006 р. Формат 60х90/16

Ум. друк. арк 3.25. Обл.-вид. арк. 3.0

Наклад 100. Зам. 241.

Надруковано Житомирська міська друкарня
м. Житомир, 2006 р.